

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00726 vom 14. Januar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00726](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00726)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00726 du 14 janvier 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00726 del 14 gennaio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

3. März 2013 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/3/1-6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers der Y. \_\_\_ AG, der AXA Versicherungen AG, Zürich (Urk. 5/6/1-10),

betreffend die ab 17. September

2012 bestehende Arbeitsunfähigkeit des Versicherten bei. Die IV-Stelle liess den Versicherten psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 20. März 2014; Urk. 5/25/1-19) und verneinte nach Erlass des Vorbescheids (Urk. 5/28) mit Verfügung vom 6. Juni 2014 (Urk. 5/32 = Urk. 2) einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung.

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgleichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

#### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit

Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S.

345, Urteile des Bundesgerichts 9C\_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I

169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E.

2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E.

4.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

und Ziff.

#### **E. 1.6**

). Denn einerseits verfügt Dr. G.\_\_\_\_, welcher Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, über eine für die Beurteilung des streitigen psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers angezeigte medizinische Weiterbildung. Andererseits hat sich der Gutachter mit den medizinischen Vorakten sowie mit den Ergebnissen seiner

eigenen psychiatrischen Untersuchung eingehend auseinandergesetzt und begründete seine Schlussfolgerungen, wonach der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt

der Untersuchung noch unter einem phobischen, depressiv-neurotischen Restsyndrom bei einem Status nach Anpassungsstörung in der Folge einer koronaren 1-Asterkrankung gelitten habe, und wonach deswegen spätestens ab 1. Februar 2014 keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden habe, in nachvollziehbarer Weise. Die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_

vermag so dann auch in inhaltlicher Hinsicht zu überzeugen. Denn dieser Arzt legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass auf Grund seiner Untersuchungen und auf Grund der Akten davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer unter einer Anpassungsstörung und nicht unter einer depressiven Episode gelitten habe, und dass er gegenwärtig lediglich

noch unter einem phobisch depressiv-neu rathenisches Restsyndrom leide, welches seine Arbeitsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen vermöge. Auf die nach voll ziehbare Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_

kann vorliegend somit abgestellt werden. 4.4

Nicht zu überzeugen vermag indes die Beurteilung durch

Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. August 2013 (vorstehend E. 3.4) . Denn in Bezug auf dessen Beurteilung gilt es zu berücksichtigen, dass dieser als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nicht über eine für die Beurteilung der psychischen Komponente des Leidens angezeigte fachmedizinische psychiatrische Weiterbildung verfügt. Insoweit Dr. C.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 28. August 2013 wegen

eines depressiven Zustandsbildes beziehungsweise wegen einer reaktiven Depression in der Zeit vom 10. Februar bis 31. März 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte, kann auf dessen Beurteilung vorliegend schon aus diesem Grunde nicht abgestellt werden.

## **E. 2**

Am 5. Juli 2014 (Poststempel; Urk. 1) erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 6. Juni 2014 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben, und es sei ihm bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. September 2014 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2014 (Urk. 2) davon aus, dass beim Beschwerdeführer gemäss der medizinischen Aktenlage kein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, welcher eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit bewirke, weshalb ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen sei.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bringt hiergegen vor, dass er aus psychischen Gründen nicht länger als zwei Stunden am Tag arbeiten könne, weshalb ein Anspruch auf eine Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 100 % ausgewiesen sei (Urk. 1). 3.3.1

Zu prüfen ist im Folgenden anhand der medizinischen Aktenlage die Arbeitsfähigkeit als Faktor der Invaliditätsbemessung. 3.2

Im Austrittsbericht vom 26. September 2012 (Urk. 5/6/4-5) erwähnten die Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_, Medizinische Klinik, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 19. bis 22. September 2012 hospitalisiert gewesen sei und diagnostizierten einen inferioren STEMI bei distalem RCA-Verschluss, welcher mit PCI und Stenting behandelt worden sei (S.

1). Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand am 22. September 2012 nach Hause entlassen werden können, und es sei ihm eine einmonatige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 2).

Am 15. Oktober 2012 (Urk. 5/6/8) attestierten die Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_

dann auch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der Zeit vom 17. September bis 15. Oktober 2012. 3.3

In ihrem Bericht vom 26. Februar 2013 (Urk. 5/6/2-3) stellte

Dr. med.

B.\_\_\_\_,

Fachärztin für Kardiologie,

Spital A.\_\_\_\_, die folgenden Diagnosen (S. 1): - koronare 1-Asterkrankung mit/bei: - Status nach inferiorem STEMI bei distalem RCA-Verschluss mit PCI/ Stenting am 17. September 2012 - leichter Sklerose der übrigen Kranzarterien - postinterventionell selbstlimitierende Kammertachykardie - normale linksventrikuläre Auswurfraction bei inferiorer Hyperkinese - subjektiv und elektrisch negative Ergometrie - reaktive Depression

Sie erwähnte, dass sich der Beschwerdeführer bei einer depressiven Stimmungslage in einer schwierigen psychosozialen Situation befinde, weshalb ein stationärer Aufenthalt zur Behandlung der psychischen Problematik in Kombination mit einem körperlichen Training angezeigt sei. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit führte sie aus, dass diese durch Dr. C.\_\_\_\_

festzulegen sei (S.

2) . 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 28. August 2013 (Urk. 5/11) eine koronare 1-Asterkrankung bei Status nach STEMI bei PCI/ Stenting am 17. September 2012 und eine seit Beginn des Jahres 2013 bestehende reaktive Depression (Ziff. 1.1) und erwähnte, dass in der Zeit vom 10. Februar bis 31. März 2013 in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe (Ziff. 1.6). Die Fragen zur bisherigen Tätigkeit und zu einer allfälligen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit konnte er nicht beantworten (Ziff. 1.7 und 1.9). 3.5

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Bericht vom 1. September 2013 (Urk. 5/12 /1-6), dass er die Behandlung des Beschwerdeführers am 9. März 2013 aufgenommen habe (Ziff. 1.2) und stellte die folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode seit ungefähr Sommer 2012 - Verdacht auf Somatisierungsstörung seit Sommer 2012 - Status nach Myokardinfarkt mit anschliessender Stentimplantation an der RCA

Er führte aus, dass beim Beschwerdeführer nach der erfolgreichen Erholung und Regeneration nach der Stentimplantation psychische und psychosomatische Symptome wie eine depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, verminderte Belastbarkeit, Schwindel und Kopfschmerzen aufgetreten seien. Der Beschwerdeführer leide unter Ängsten vor Herzversagen und dem Tod (Ziff. 1.4). Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in behinderungsangepassten Tätigkeiten bestehe seit dem 17. September 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff.

#### **E. 4**

) beantragte die IV-Stelle

die Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer am 20. Oktober 2014 (Urk.

#### **E. 4.1**

Den obenerwähnten Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen einer koronaren 1-Asterkrankung einen

Herzinfarkt erlitt, welcher am 17. September 2012 mittels PCI und Stentimplantation behandelt wurde (Urk. 5/12

Ziff. 1.4). In der Folge litt er unter psychischen Beschwerden. Ein psychisches Leiden stellte erstmals die Ärztin des Spitals A.\_\_\_\_

in ihrem Bericht vom 26. Februar 2013 fest. Sie diagnostizierte eine reaktive Depression (vorstehend E. 3.3). Damit übereinstimmend diagnostizierte auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 28. August 2013 (vorstehend E.

3.4) eine reaktive Depression. Er ging davon aus, dass diese erstmals zu Beginn des Jahres 2013 aufgetreten sei. Demgegenüber diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_, welcher die psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers erst am 9. März 2013 aufgenommen hatte, in seinem Bericht vom

1. September 2013 (vorstehend E.

3.5) eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Er ging davon aus, dass dieses psychische Leiden erstmals im Sommer 2012 aufgetreten sei. Dem gegenüber stellte Dr. E.\_\_\_\_

im Hospitalisationsbericht vom 18. Februar 2014 (vorstehend E. 3.6) in psychiatrischer Hinsicht die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt

mit Somatisierungssymptomen. Damit übereinstimmend ging auch Dr. G.\_\_\_\_

in seinem Gutachten vom 20. März 2014 (vorstehend E. 3.7) davon aus, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht unter einer Anpassungsstörung und nicht unter einer depressiven Episode gelitten habe, und dass auf Grund der Akten für die Zeit ab 17. September 2012 höchstens ein unspezifisches ängstlich-depressives Syndrom nachzuvollziehen sei.

#### **E. 4.2**

In ihren Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wichen die beteiligten Ärzte teilweise voneinander ab. Während die Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 26. September 2012 und vom 15. Oktober 2012 (vorstehend E. 3.2) dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang eines Monats ab dem 17. September 2012 beziehungsweise eine solche für die Zeit vom 17. September bis 15. Oktober 2012 attestierten, verwiesen sie in ihrem Bericht vom 26. Februar 2013 (vorstehend E.

3.3) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auf Dr. C.\_\_\_\_, welcher in seinem Bericht vom 28. August 2013 (vorstehend E.

3.4) auf Grund einer reaktiven Depression für die Zeit vom 10. Februar bis 31. März 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%

in der bisherigen Tätigkeit feststellte, weitere Fragen hierzu indes nicht beantworten konnte.

Demgegenüber attestierte Dr. D.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 1. September 2013 (vorstehend E.

3.5) für die Zeit ab 17. September 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in behinderungsangepassten Tätigkeiten. Während Dr. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 18. Februar 2014 (vorstehend E. 3.6) zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers keine Stellung nahm, vertrat Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 20. März 2014

(vorstehend E.

3.7) die Ansicht, dass in der Zeit ab 1. Februar 2014 keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe, und dass die Frage nach dem Bestand und dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 17. September 2012 bis 18. Februar 2014 auf Grund der Akten nicht zu beurteilen sei.

#### **E. 4.3**

Das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. März 2014 (vorstehend E. 3.7) erfüllt die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vor ausgesetzten Kriterien (vgl. vorstehend E.

#### **E. 4.5**

In Bezug auf die Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_

vom 1. September 2013 (vorstehend E.

3.5) gilt es zu beachten, dass unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG beziehungsweise

Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. vorstehend E.

1.2) eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen ist. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht (SVR 2008 IV Nr. 11 S.

32, I 687/06 E.

5.1). Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist (SVR 2010 IV Nr.

17, 8C\_195/2009 E.

5). Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E.

5b

mit Hin weisen) nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden ( Urteile des Bundesgerichts 8C\_652/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 3.2 und 8C\_41/2011 vom 17. Mai 2011 ).

Insoweit Dr. D.\_\_\_\_, welcher die Behandlung des Beschwerdeführers erst am 9. März 2013 aufgenommen hatte, diesem in seinem Bericht vom 1. September 2013 (vorstehend E.

3.5 ) für die Zeit ab 17. September 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in behinderungsangepassten Tätigkeiten attestierte, handelte es sich bei seiner Beurteilung, jedenfalls inso weit diese die Zeit vor der Erstkonsultation vom 9. März 2013 betrifft ,

nicht um eine aussagekräftige, echtzeitliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Der Beurteilung durch

Dr. D.\_\_\_\_ fehlt es zudem an einer nachvollziehbaren Begründung der von ihm postulierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen , weshalb schon aus diesem Grunde auf dessen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht abgestellt werden kann.

Ferner lässt sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit auch nicht mit der konstanten Rechtsprechung bei mittelgradigen depressiven Episoden (vorstehend E. 1.5), wie sie hier diagnostiziert wurde, vereinbaren.

Schliesslich gilt es hinsichtlich der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_

die Erfahrungstatsache zu beachten, wonach Hausärztinnen und Hausärzte sowie behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_203/2015 vom 14. April 2015 E.

3.2 mit Hin weisen auf Urteil des Bundesgerichts 4A\_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4).

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.